



**AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO:
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**ADVANCES IN PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PAIN:
LITERATURE REVIEW**

Beatriz Vallejo Sánchez, Ismael Puig Amores.

bvs286@hotmail.com

Dolor crónico, tratamiento, cognitivo conductual.

Chronic pain, treatment, cognitive behavioral.

RESUMEN

Introducción: El dolor crónico constituye un importante problema de salud a nivel mundial, y su abordaje un reto debido a la elevada prevalencia y consecuencias en la calidad de vida de las personas, y también en cuanto a los costes económicos que supone para los sistemas sanitarios.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión de la evidencia científica existente sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas en dolor crónico.

Metodología: Revisión sistemática de la literatura de los últimos 10 años mediante una búsqueda en las páginas MEDLINE, PsycARTICLES, PsycINFO, con los términos de búsqueda: dolor crónico/ chronic pain, treatment/tratamiento y cognitive behavioral/cognitivo conductual.

Resultados: En la actualidad, existe un amplio reconocimiento de las intervenciones psicológicas como pilar fundamental en el manejo de dolor, que debe realizarse en el contexto de un tratamiento multidisciplinar, e incluir todas aquellas técnicas dirigidas a la modificación de los aspectos psicosociales implicados en la experiencia del dolor y el riesgo de cronificación. Concretamente, en los últimos años se han producido importantes desarrollos dentro de la terapia cognitivo-conductual, la cual muestra una mayor efectividad en el abordaje del dolor.

Conclusiones: La terapia cognitivo conductual (TCC) se ha mostrado efectiva en el abordaje de los factores psicosociales que influyen en el dolor crónico, aunque existe un déficit importante en la implantación de técnicas psicológicas en el abordaje del dolor crónico en los sistemas sanitarios.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain is an important health problem worldwide, and its approach is a challenge due to the high prevalence and consequences in the quality of life of people, and also in terms of the economic costs for health systems.

Objective: The aim of this work was to conduct a review of the existing scientific evidence on the efficacy of psychological interventions in chronic pain.

Methodology: Systematic review of the literature of the last 10 years by means of a search in the pages MEDLINE, PsycARTICLES, PsycINFO, with the search terms: chronic pain, treatment and cognitive behavioral.

Results: Currently, there is a wide recognition of psychological interventions as a fundamental pillar in the management of pain, which must be carried out in the context of a multidisciplinary treatment, and include all those techniques aimed at modifying the psychosocial aspects involved in the treatment. experience of pain and the risk of chronification. Specifically, in recent years there have been important developments within cognitive-behavioral therapy, which shows greater effectiveness the approach to pain.

Conclusions: Cognitive behavioral therapy has been effective in addressing the psychosocial factors that influence chronic pain, although there is still a significant deficit in the implementation of psychological techniques to address chronic pain in healthcare systems.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico supone un problema de salud importante, que afecta a un 19% de la población europea (Reid et al., 2011; Johnson, Elzahaf y Tashani, 2013) y a un 17% de la población adulta española (Langley, Ruiz-Iban, Tornero, De Andrés y González-Escalada, 2011).

En España, según se deriva de los resultados del National Health and Wellness Survey, realizado en siete países (Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Alemania, España, Italia, Japón y China), se ha encontrado que da lugar a un malestar psicológico y deterioro funcional importante, asociándose con frecuencia con problemas de ansiedad, depresión e insomnio, y generando importantes gastos económicos debido al absentismo laboral y elevado uso de recursos sanitarios (Langley et al, 2011).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, International Association for the Study of Pain) define el dolor como «una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial». El dolor es, por tanto, considerado no solo como una experiencia fisiológica (con un mecanismo neurofisiológico que indica que algo está alterado), sino también psicológica y subjetiva, incluyéndose la posibilidad de que exista dolor sin que

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

exista una causa física o lesión real. Por otro lado, suele establecerse la diferencia entre dolor agudo y crónico. El dolor agudo se considera un factor protector, consecuencia de un daño tisular concreto, con una duración limitada. Sin embargo, el dolor crónico, que se considera a aquel que persiste más allá de un periodo, arbitrariamente establecido, de entre tres y seis meses, y bajo el que se suelen englobar diversas patologías como lumbalgia, fibromialgia, artrosis y cefaleas, es un dolor que se comporta como una enfermedad, haciéndose independiente de la causa que lo provocó, al persistir en muchas ocasiones en el tiempo incluso después de cesar ésta, o constituir una respuesta exagerada. Es por tanto un dolor desadaptativo, y es en este tipo de dolor en el que la psicología actual está trabajando más intensamente, con el objetivo de conseguir una mejor comprensión de los factores psicosociales relevantes en su inicio, mantenimiento o agravamiento, y así facilitar la adaptación y afrontamiento de la persona en este proceso.

Dentro de las teorías que se han propuesto para la explicación de esta experiencia, destaca el modelo de la puerta de control (Melzack y Wall, 1965), que supuso una ruptura con respecto a las anteriores teorías lineales del dolor (que consideraban que la respuesta del dolor estaba directamente relacionada con la magnitud del daño tisular o estimulación dolorosa), suponiendo un hito en el cambio del abordaje del dolor. Estos investigadores propusieron la existencia en la médula espinal de una zona que actuaría a modo de puerta, regulando el paso de los mensajes de dolor hacia los centros superiores del SNC, y siendo esta puerta a su vez influida por la actividad de estas estructuras superiores. Así, habría factores que abrirían la puerta, tanto físicos (como la gravedad y extensión de la lesión, o la tensión muscular) como emocionales (ansiedad, depresión, ira) y cognitivos (pensamientos, creencias o actitudes negativas, focalización en la experiencia del dolor). Entre los factores que cerrarían la puerta, disminuyendo por tanto el dolor, se encontrarían también factores físicos (como tratamientos biomédicos o descanso), emocionales y cognitivos (como el uso de la relajación, la autoeficacia o un afrontamiento activo).

Esta concepción biopsicosocial del dolor ha gozado desde su publicación de amplio apoyo empírico, suponiendo el uso de alternativas terapéuticas que incluyan los aspectos psicológicos y sociales relacionados con el dolor, y recomendándose los abordajes multidisciplinares en las principales guías clínicas e informes con estándares y recomendaciones de calidad (Palanca et al., 2011). No obstante, sigue siendo dominante el uso de técnicas terapéuticas basadas principalmente en la concepción biomédica. De hecho, en un estudio realizado en 2007 por la Sociedad Española de Dolor (Barutell, 2009), se encontró que solo en el 37% de las Unidades de Tratamiento del Dolor estudiadas existía un especialista en psicología, y con dedicación parcial. Y todo ello a pesar de que los resultados de los estudios con las aproximaciones convencionales al dolor crónico sugieren que las respuestas favorables al tratamiento son temporales y no clínicamente significativas (Jamison, 2011; Shaheed, Maher, Williams, Day y

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

McLachlan, 2016). Además, las intervenciones biomédicas, que incluyen cirugía y tratamiento analgésico opiáceo, pueden tener serios efectos adversos, incluyendo empeoramiento del dolor o abuso de opioides (Chou et al., 2015; Vowles et al., 2015). Esta situación ha llevado a la búsqueda y formulación de modelos cada vez más complejos, integradores y multidimensionales del dolor (Kerns, Sellinger y Goodin, 2011), así como al incremento progresivo del interés en aproximaciones alternativas al tratamiento del dolor crónico.

A continuación, se presentan algunas técnicas y procedimientos terapéuticos que han mostrado su utilidad en el tratamiento psicológico del dolor crónico, bien como parte de un tratamiento multicomponente, o bien de forma aislada, para posteriormente realizar una revisión más exhaustiva de los estudios publicados en los últimos diez años sobre la eficacia de la Terapia cognitivo conductual (TCC).

Técnicas de tratamiento

Educación/Psicoeducación

La educación o psicoeducación sobre el dolor y su tratamiento realizada a los pacientes con dolor crónico y sus familiares suele ser una de las primeras técnicas utilizadas en el tratamiento del dolor, generalmente en el contexto de una intervención multimodal. Su uso ha demostrado efectos positivos cuando se realiza dentro de un programa multicomponente en el manejo del dolor y en otras dimensiones tanto afectivas como cognitivas, mejorando la autoeficacia y un afrontamiento más activo y adaptativo en el proceso (Burton, Waddell, Tillotson, Summerton, 2009; Engers et al., 2008; Matire, Schulz, Keefe, Rudy y Starz, 2008). Así, por ejemplo, son frecuentes las intervenciones psicoeducativas con medidas de higiene postural (Almendro et al., 2011) o higiene del sueño (Stiefel y Stagno, 2004).

Relajación

El entrenamiento en relajación es también una técnica generalmente utilizada en el tratamiento de personas con dolor, siendo los dos tipos más utilizados la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz.

Su utilización en personas con dolor se fundamenta en el hecho de que el dolor da lugar a respuestas de ansiedad y a un aumento de la tensión muscular. El entrenamiento en relajación tendría un efecto directo en diferentes respuestas fisiológicas (principalmente, reduciendo la tensión muscular y la actividad adrenérgica, y aumentando la actividad parasimpática), que producirían una reducción de la ansiedad, e indirectamente, ayudarían en la reducción del dolor.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Biofeedback

El entrenamiento en biofeedback o bioretroalimentación es una técnica empleada para mejorar la conciencia y el control de ciertos parámetros fisiológicos, normalmente inconscientes, consistente en el uso de un sistema de sensores que informan al sujeto de forma inmediata y precisa, a través de señales auditivas, visuales o táctiles, de funciones como la tensión muscular, la tasa cardiaca, la conductancia de la piel o la temperatura periférica.

Su uso se basa en la comprensión del dolor como una disfunción de los sistemas naturales de regulación fisiológica, por lo que una intervención dirigida a restablecer la auto-regulación podría ser efectiva en el tratamiento del dolor, a la vez que aumenta la sensación de autoeficacia y estrategias de afrontamiento de la persona que lo utiliza.

En los últimos años, se ha postulado la existencia de una sensibilización (síndrome de sensibilización central) de ciertas áreas sensoriales superiores, de tal modo que ligeras, e incluso inexistentes, estimulaciones podrían provocar dolor (Schoenen y Wang, 1997). Este hallazgo ha llevado a una intensificación de la investigación sobre medidas centrales, concretamente los potenciales evocados (Schoenen, 1996; Welch y Ramadan, 1995), y la posibilidad del uso del neurofeedback (un tipo de biofeedback centrado en la actividad cerebral) como alternativa a otros más utilizados como el feedback EMG.

Hipnosis

En 2014, la Society of Psychological Hypnosis (División 30 de la APA) define la Hipnosis como "un estado de conciencia que implica la atención focalizada y conciencia periférica reducida, caracterizado por una mayor capacidad de respuesta de la persona a la sugestión de otra", implicando la hipnoterapia "un conjunto de procedimientos que generan un contexto donde se facilita el cumplimiento de las sugestiónes en ciertas personas". Más concretamente, González Ordi (2005) explica que la hipnosis supone esencialmente una situación donde a través de una serie de procedimientos (sugestivos) el terapeuta sugiere al paciente que experimente diversos cambios a nivel sensorial (p.ej. alivio del dolor), perceptual (p.ej. alucinaciones visuales), cognitivo (p.ej. expectativas) y de control sobre la conducta motora directamente observable (p.ej. levitación del brazo).

La hipnosis clínica se utiliza en el tratamiento de una amplia variedad de problemas médicos y psicológicos, como la depresión, la ansiedad, o diferentes adicciones, aunque en muchos casos la evidencia empírica no tiene la suficiente calidad metodológica. No obstante, el campo del manejo del dolor, ya sea crónico o agudo, es uno de los que cuenta con mayor evidencia de su eficacia, considerándose como un tratamiento eficaz, bien establecido y empíricamente validado (Montgomery, DuHammel, y Redd, 2000; Mendoza y Capafons, 2009). De hecho, las

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

primeras experiencias registradas en la literatura con respecto al uso de la analgesia hipnótica en procesos quirúrgicos datan del siglo XIX (González Ordi, 2005).

Según González Ordi (2005), su eficacia, en combinación con otras técnicas médicas y psicológicas, se puede atribuir al hecho de que facilita y potencia la efectividad terapéutica de las diferentes intervenciones clínicas debido a que fomentan una actitud más positiva hacia el cambio (expectativas de eficacia), favorece la implementación de habilidades de imaginación e implicación emocional necesarias en muchos procedimientos terapéuticos (redirección de la atención) y favorece la respuesta de relajación (reducción de la ansiedad). Por otro lado, en un intento por aclarar los mecanismos cerebrales implicados en su eficacia, algunos autores que han realizado revisiones sobre los efectos de la hipnosis con técnicas de neuroimagen funcional apoyan su uso en el tratamiento del dolor apoyándose en los resultados encontrados sobre la modulación de la actividad cortical y subcortical de las partes del cerebro que están involucradas en la percepción y modulación del dolor (Del Casale et al., 2015).

No obstante, el hecho de que el uso de la hipnosis esté limitado en la sanidad pública, supone un hándicap muy importante para su aplicación en el ámbito del dolor, así como para la realización de estudios de mayor calidad, que siguen siendo escasos (Muñoz y Feixas, 2006). Además, como ya señalaron Melzack y Wall (1983), a pesar de que el efecto de la sugestión hipnótica ha mostrado efectos sorprendentes en la reducción del dolor, ni todos los pacientes se pueden beneficiar, ni el dolor es eliminado totalmente.

Intervenciones cognitivas

Las creencias o cogniciones relacionadas con el dolor tienen una gran influencia sobre el estado anímico y los esfuerzos de afrontamiento de las personas, teniendo por tanto un papel muy significativo en la predicción del ajuste al dolor crónico. Entre los factores cognitivos que se ha visto predicen una peor adaptación al dolor y una mayor discapacidad se encuentran la escasa percepción de control o autoeficacia, la sobregeneralización de los acontecimientos relacionados con el dolor, la autoculpabilización y desvalorización, y más especialmente, la catastrofización, entendida como la interpretación exagerada y negativa del dolor y sus consecuencias, que suelen asociarse a mayor intensidad del dolor, mayor malestar físico y psicológico, mayor discapacidad y peores resultados del tratamiento (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé, 2008; Wertli, Eugster et al., 2014).

La reestructuración cognitiva es una de las técnicas de corte cognitivo más utilizadas, que se ha visto eficaz en el abordaje de diferentes problemas psicológicos, y cuyo objetivo principal es modificar la forma en que las personas interpretan la realidad, en este caso, su dolor.

Dentro de las intervenciones cognitivas pueden incluirse otras técnicas como el uso de autoinstrucciones y la focalización de la atención. En el caso de la primera de ellas, ha sido

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

escasamente estudiada en el tratamiento del dolor, siendo entrenada generalmente como parte del repertorio en estrategias de afrontamiento ante el dolor (Rodríguez, Cano y Blanco, 2004). El entrenamiento en focalización de la atención (p.ej. a través de ejercicios de redirección de la atención a estímulos externos o propioceptivos, o de imaginación guiada, utilizados en combinación generalmente con técnicas de relajación) busca reducir el estado de alerta excesiva ante las sensaciones de dolor, lo que suele ayudar a disminuir la experiencia del dolor (Almendro et al., 2011)

Intervenciones conductuales u operantes

Las intervenciones conductuales tienen el objetivo de modificar el componente comportamental del dolor, reduciendo o eliminando las conductas de dolor (p.ej. expresiones de dolor, como quejas o expresiones faciales, cambios posturales y conductas de evitación) y reinstaurando las actividades diarias evitadas y el ejercicio físico, a través de programas graduales en los que se refuerzan todos los avances de la persona.

En cuanto a las conductas de dolor, Fordyce (1978) formuló que éstas, a través de un proceso de condicionamiento operante, pueden ser reforzadas positiva (p.ej. compasión o atención de la familia) o negativamente (p.ej. eludir responsabilidades, evitación actividades físicas) hasta configurar un repertorio conductual centrado en el dolor y dando lugar a un deterioro cada vez mayor. El objetivo de la intervención sobre las conductas de dolor será por tanto modificar las contingencias ambientales que mantienen estas conductas para reducirlas y disminuir la discapacidad asociada.

Con respecto a la evitación de actividades, suele deberse al miedo al dolor del sujeto, así como a la creencia de que puede agravarse con la actividad, dando lugar con el tiempo a una pérdida progresiva de la forma física y de la tolerancia al dolor, y llegando este miedo a ser incluso más incapacitante que el dolor por sí solo (Wertli, Rasmussen-Barr et al., 2014; Camacho-Soto, Sowa, Perera y Weiner, 2012). La percepción de incapacidad, la inactividad y el aislamiento progresivo darían lugar a una pérdida importante de reforzadores, y se asociaría con el desarrollo de depresión, dando lugar a un empeoramiento del dolor y a una mayor afectación de la calidad de vida (Bras, Dordević, Gregurek y Bulajić, 2010). Por tanto, las intervenciones dirigidas a un aumento de la actividad (Activación conductual) son fundamentales en el tratamiento del dolor (Van Tulder, et al, 2000)

Con respecto al ejercicio físico, su fomento no busca solo el objetivo de aliviar el dolor, sino principalmente una mejora funcional, disminuyendo la discapacidad y la sensación de incapacidad. El papel de la intervención psicológica en este caso será identificar barreras y facilitadores (p.ej. apoyo social, tiempo disponible, supervisión por profesionales, o factores psicológicos como miedo, creencias, etc) para diseñar intervenciones individualizadas que

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

mejoren la adherencia a los programas graduados de actividad (Boutevillain, Dupeyron, Rouch, Richard y Coudeyre, 2017).

Otras técnicas cognitivo-conductuales

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento o resolución de problemas

Las técnicas de solución de problemas son un grupo de técnicas cognitivo-conductuales que pretenden facilitar un afrontamiento más adaptativo y eficaz. El objetivo del entrenamiento, descrito originalmente por D`Zurilla (1986), es desarrollar la capacidad para identificar y resolver problemas adecuadamente, haciendo hincapié en aspectos del proceso como la generación de una actitud adecuada hacia los problemas, la búsqueda de alternativas o la toma de decisiones.

En el caso del dolor crónico, diversos autores han encontrado que el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas y la resolución inadecuada de problemas relacionados con el dolor, puede llevar a un incremento del malestar emocional, contribuyendo a aumentar el dolor y la discapacidad asociada a éste, así como a su cronificación (DiNapoli et al., 2016). Es por este motivo que el entrenamiento en solución de problemas ha sido incluido en diferentes programas de tratamiento cognitivo conductual como una parte fundamental (Moix y Kovacs, 2009), encontrándose en diferentes estudios una reducción significativa del dolor y del malestar asociado a éste (Keefe et al., 2011), así como una mejoría en otras medidas como la discapacidad física, catastrofización y nivel de autoeficacia (Somers et al., 2012). También se ha prestado atención especial a la mejora de la resolución de problemas interpersonales a través del entrenamiento en comunicación asertiva (Almendro et al, 2011).

Terapia de Aceptación y compromiso

En los últimos años, se ha producido un auge importante de las llamadas "Terapias de Tercera Generación", donde se incluye la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) junto a otras como las intervenciones basadas en Mindfulness, que aunque derivan de la terapia cognitivo-conductual, suponen un cambio del foco terapéutico: la intervención no va dirigida a eliminar o reducir los síntomas, sino a conseguir una mayor aceptación y a conseguir un distanciamiento de la persona respecto a los síntomas, en el primero de los casos para que ésta pueda orientarse a sus valores (Wilson y Luciano, 2002). En el caso de las personas que padecen dolor crónico, suelen experimentarse sensaciones desagradables y persistentes, poniendo en marcha diferentes estrategias para controlarlas o evitarlas, lo que se asocia a mayor malestar y discapacidad. La intervención, entonces, estaría dirigida a enseñar a la persona a aceptar y disminuir la reactividad emocional ante la experiencia de dolor, a exponerse a experiencias relacionadas con el dolor que han sido evitadas, al tiempo que se la orienta hacia la consecución de metas valiosas (McCracken y Vowles, 2014).

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Mindfulness

El término mindfulness suele traducirse como atención y conciencia plena, aunque una definición más completa sería la capacidad para poner atención plena sobre una experiencia, en el momento presente, con apertura, flexibilidad y sin enjuiciamiento.

Jon Kabat-Zinn popularizó e impulsó el uso de la meditación mindfulness para el tratamiento de los trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos (Kabat-Zinn, 1982), desarrollando el programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (Mindfulness-Based Stress Reduction -MBSR-), un programa de intervención grupal dirigido a mejorar la conciencia y aceptación de las experiencias (incluyendo sensaciones, emociones o pensamientos) momento a momento, dando lugar a una mejora en la autorregulación emocional y a la promoción de respuestas al estrés más saludables y adaptativas. Por tanto, en personas con dolor crónico el objetivo no sería modificar la experiencia de dolor en sí misma, sino la respuesta ante estas experiencias.

METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica se centró en estudios empíricos que investigasen la efectividad y utilidad de las intervenciones cognitivo-conductuales (TCC) en los procesos de dolor crónico de los últimos diez años. Para ello, en línea con los criterios de calidad y rigor metodológico formulados por la División 12 de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología (Chambless, Baker, Baucom, Beutler et al., 1998) los estudios debían ser trabajos empíricos con metodología experimental definidos como ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) con al menos dos grupos, uno experimental o de tratamiento y otro de comparación, bien, tratamiento farmacológico, placebo u otro tipo de intervención o control. Además, se establecieron una serie de criterios de inclusión y un proceso de filtraje que se detallan a continuación.

Se realizó una búsqueda en las bases de datos incluidas en el buscador EBSCO concretamente se rastrearon las bases de datos MEDLINE, PsycINFO y PsycARTICLES. Los descriptores utilizados fueron "chronic pain", "treatment", "therapy" y "cognitive behavioral". Tras esta búsqueda simple se obtuvieron un total de 1669 estudios que incluían los términos de búsqueda en el título o resumen. Tras aplicar el filtro temporal de estudios publicados en los últimos 10 años (2008-2017), se eliminaron 706, quedando un total de 963 estudios potenciales. A continuación, se aplicó el criterio de inclusión de edad (solo adultos de 18 años en adelante), lo que llevó a eliminar 448 estudios y a mantener un total de 258 estudios.

El siguiente paso fue eliminar todos los estudios que no cumplieran el requisito metodológico de ser estudios empíricos cuantitativos (37). Los restantes 221 estudios pasaron a la fase de revisión de resúmenes (abstract) para descartar los estudios que hubieran pasado el filtro del

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

buscador pero que en realidad no cumplieran los requisitos establecidos. De este modo se detectó que, 189 estudios no cumplían algún criterio, 73 estudios incluían un sólo grupo de medidas repetidas sin grupo de control y en 21 estudios no se formaron los grupos de forma aleatoria. Por otro lado, se eliminaron estudios que no incluían TCC en ningún grupo (14) y 71 trabajos que investigaban otros factores (moderadores, variables del terapeuta, adherencia, etc.). También se detectaron 13 trabajos que incluían a menores de 18 años, 8 estudios que consistían en metaanálisis o tesis y 3 estudios repetidos.

Finalmente, tras este proceso, se seleccionaron 20 estudios que reunían los criterios de búsqueda, de los cuales 10 eran ECAs publicados entre los años 2008-2012, y los diez restantes habían sido publicados en los últimos cinco años (Tabla 1). En la siguiente página se muestra un diagrama de flujo que da muestra del proceso de búsqueda (Figura 1).

Una vez seleccionados los trabajos, se extrajeron los datos más relevantes de los estudios, en este caso: identificación del estudio (autor y año), tamaño de la muestra, grupos de tratamiento y/o control, componentes de cada tratamiento, número de sesiones y duración en minutos de cada sesión, y resultados.

RESULTADOS

A continuación, se presenta un breve resumen de los ensayos incluidos en la revisión (ver Tabla 1), lo que facilitará una visión del tipo de tratamiento más habitual en el contexto clínico, incluyendo los diseños más prototípicos y los componentes más frecuentes de la TCC, así como también de la eficacia de los mismos.

Diseños

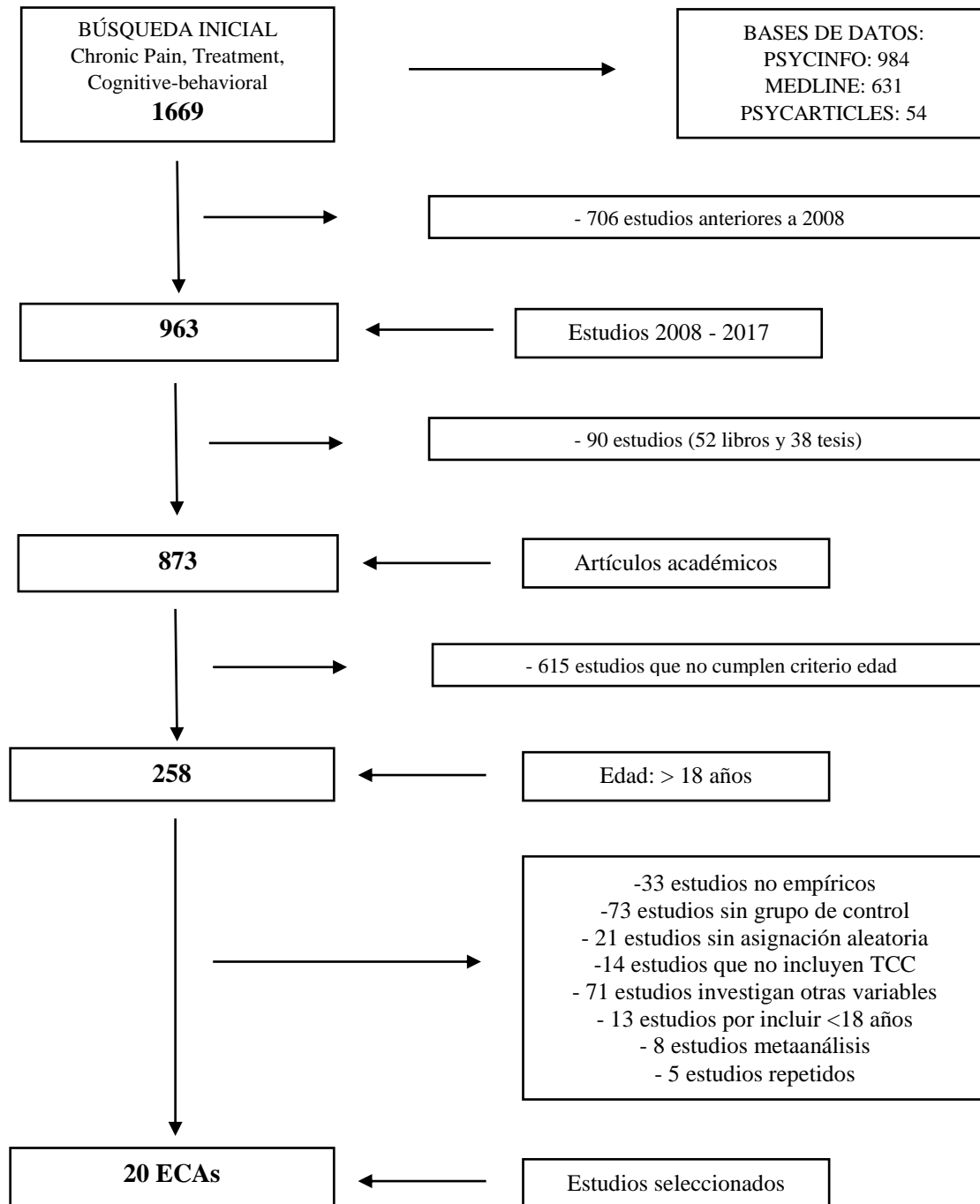
Entre los 20 estudios seleccionados hay 11 estudios que compararon tres grupos y otros 9 compararon dos grupos. El diseño más frecuente es de tres grupos, uno experimental y dos controles, a los que se aplica un tratamiento alternativo distinto a cada uno, ya sea el tratamiento habitual, otro tratamiento psicológico o lista de espera.

En los diseños de dos grupos es frecuente comparar un grupo experimental bajo un programa cognitivo conductual frente a otro tratamiento alternativo o lista de espera (Andersson, Johansson, Nordlander y Asmundson, 2012; Karlsson, Burell, Anderberg y Svärdsudd 2015). Entre los tratamientos alternativos o habituales comparados con la TCC son frecuentes la intervención farmacológica (Castel, Salvat, Sala y Rull, 2009; Castel, Cascón, Padrol, Sala y Rull, 2012; Martínez-Valero et al., 2008; Turner et al., 2016), los tratamientos de corte fisioterapéutico (Archer et al., 2017; Smeets et al., 2008), o las terapias psicológicas de tercera generación. Así, es frecuente encontrar estudios que comparan TCC con terapias basadas en actividad física o tratamiento combinado (Smeets et al., 2008), TCC con actividad

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

física o lista de espera (Nicholas et al., 2013), y también TCC y Fisioterapia (Archer et al., 2017).

Figura 1. Proceso de búsqueda de estudios controlados aleatorizados



En algunos estudios la comparación de la efectividad de la TCC se realiza con tratamientos de tercera generación como son la Terapia de Aceptación y Compromiso (Cosio et al., 2016; Wetherell et al., 2011) y el Mindfulness (Davis, Zautra, Wolf, Tennen y Yeung, 2015; Turner et al., 2016; Zautra et al., 2008). También se han encontrado estudios que comparan TCC

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

estándar con otras modalidades de tratamiento cognitivo-conductual (online, autoayuda, adaptada) o Hipnosis, por ejemplo, comparan TCC estándar con otro grupo que recibe TCC más hipnosis y otro que recibe un tratamiento farmacológico habitual (Martínez-Valero et al., 2008; Castel et al. 2009; Castel et al. 2012).

Algunos de los diseños que predominan entre los estudios de eficacia o efectividad son los trabajos que comparan otras modalidades de TCC como la TCC online frente al tratamiento habitual (Williams et al., 2010), la TCC online frente a TCC estándar y lista de espera (Vallejo, Ortega, Rivera, Comeche y Vallejo-Slocker, 2015) y la TCC online más el tratamiento habitual frente al tratamiento habitual solo (fisioterapia más terapia ocupacional; Ferwerda et al., 2017). También es frecuente comparar TCC estándar con TCC adaptada (Kerns et al., 2014).

Incluso, no es menos habitual encontrar estudios más específicos que comparan TCC con otras modalidades de ésta más alguna técnica concreta, como hacen Glombiewski, Hartwich-Tersek y Rief (2010) al comparar TCC con TCC más Biofeedback, además de lista de espera, o Liedl y colaboradores (2011), comparando la efectividad de TCC más Biofeedback frente a TCC más actividad física y Biofeedback (ambas frente a lista de espera).

Estructura de los tratamientos

Aunque algunos formatos son más frecuentes en cuanto al número de sesiones y duración de éstas, existe bastante variabilidad en ambos parámetros. En referencia al número de sesiones, se observa un rango entre 6 sesiones (Andersson et al., 2012; Archer et al., 2017) en el programa más corto y 25 sesiones (Glombiewski et al., 2010) en el tratamiento de más duración, siendo esta última menos frecuente. En cuanto a la duración de las sesiones también se observa bastante variabilidad, aunque en menor medida, con un rango que oscila entre 180 minutos (Karlsson et al., 2015) en el extremo superior y 30 minutos (Archer et al., 2017) en las de menor duración.

El número de sesiones más frecuente es 10 (7 estudios) y la duración intra-sesión más frecuente es de 120 minutos (6 estudios), seguida de 60, 90 y 30 (5, 4 y 3 estudios respectivamente). El resto de formatos puede consultarse en la Tabla 1.

El tratamiento más extenso lo llevan a cabo Glombiewski y colaboradores (2010), con un formato de 25 sesiones de 180 minutos, y el más reducido lo presentan Archer y colaboradores (2017), con un formato de 6 sesiones de 30 minutos.

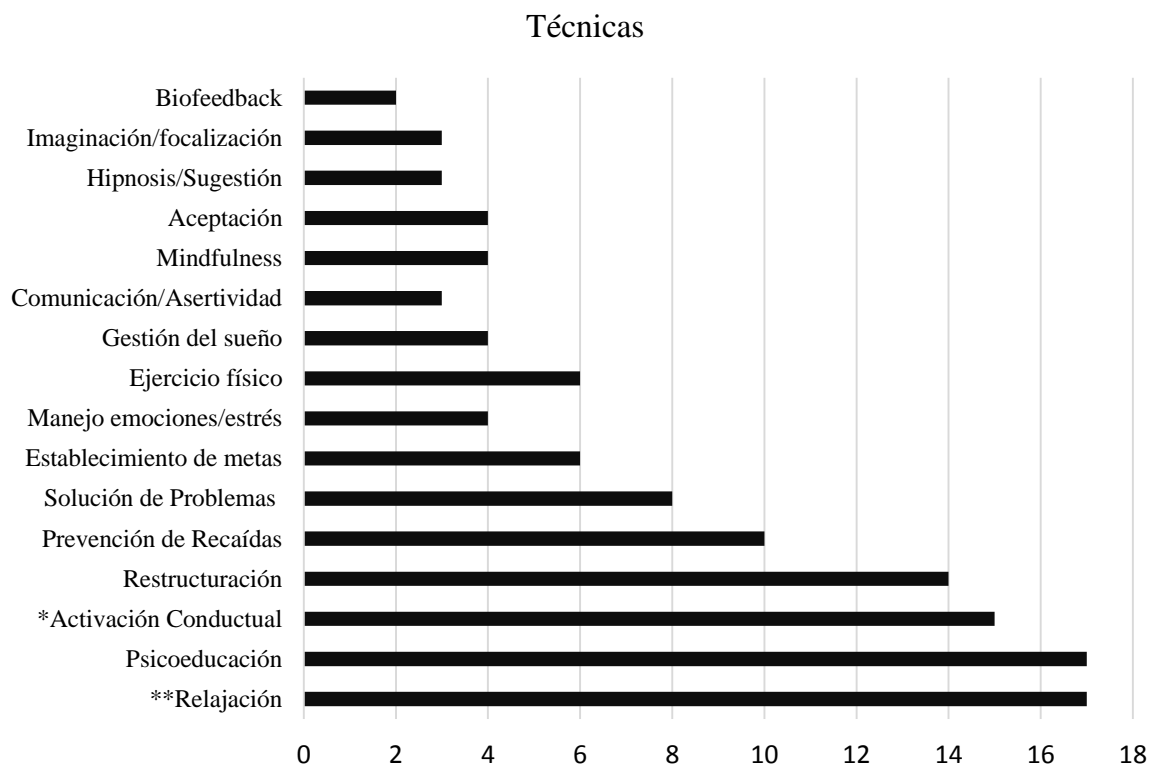
Teniendo en cuenta el número y duración de las sesiones de forma conjunta, el formato que más se repite es de 10 sesiones de 60 minutos (Ilgen et al., 2016; Kerns et al., 2014; Martínez-Valero et al., 2008) y de 8 sesiones de 120 minutos (Zautra et al., 2008; Nicholas et al., 2013; Turner et al., 2016).

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Técnicas

El gráfico 1 recoge la frecuencia de los componentes más clásicos utilizados en las TCC siendo la relajación, psicoeducación, activación conductual, reestructuración cognitiva y solución de problemas las técnicas más utilizadas en los estudios de referencia.

Grafico 1. Técnicas de uso frecuente en TCC para el dolor crónico.



*Activación Conductual (agrupa: activación conductual, planificación de actividades y actividades graduadas)

**Relajación (agrupa: relajación progresiva, respiración diafragmática, entrenamiento autógeno y body-scan)

En general, los TCC incluidos en la tabla 1 no difieren mucho en su composición y son coherentes con la tendencia expuesta en la introducción. Entre los componentes utilizados en los diseños de intervención, aunque predominan, a veces, las técnicas de corte conductual y/o cognitivo, es frecuente observar un uso ecléctico del arsenal de técnicas que han mostrado mayores niveles de evidencia en el contexto clínico, entre las que se incluyen, también, técnicas propias de las llamadas terapias de tercera generación, tales como la atención plena, la meditación, el body-scan, la aceptación (Ilgen et al., 2016) o el compromiso con valores (Karlsson et al., 2015)

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Tabla 1. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos (n=20)

Estudio	N	Grupos tratamiento	Componentes TCC	Nº Sesiones (min/sesión)	Resultados
Martínez-Valero (2008)	6	1. TCC 2. TCC+H 3. Farma	PE/HA /HC/EF/PA /SP/PR PE/HA /HC/EF/PA /SP/PR + R/S/V	10 (60')	TCC +H >TCC > T farma. Hipnosis tratamiento útil para síntomas de dolor, rigidez y número de puntos sensibles. Reducción notable del consumo de medicación.
Smeets et al. (2008)	172	1. TCC 2. AF 3. Combinado	PE/AG/SP	10 (30')	No hay diferencia entre las 3 condiciones (solo AF vs SP+AG vs combinado AF+SP+AG) para niveles de discapacidad, quejas, intensidad de dolor, depresión y rendimiento. Las ganancias no se mantuvieron a los 12 meses de seguimiento.
Zautra et al. (2008)	144	1. TCC 2. Mindfulness 3. Educación	PE/R/EA/AE/AC/PA/MD/SP/PR PE/M/PA/Aceptación	8 (120')	Mindfulness más efectivo en pacientes con depresión en autoeficacia y catastrofización. M > TCC en regulación emocional. TCC > M en control cognitivo.
Castel et al. (2009)	47	1. TCC 2. TCC+H 3. Farma	PE/R/RC/EA/EM/SP/PR PE/R/RC/EA/EM/SP/PR+H	12 (90')	TCC+H > TCC > T. Farm. Resultados compatibles con anteriores estudios.
Glombiewski et al. (2010)	128	1. TCC 2. TCC+BF 3. Lista espera	PE/R/PA/RC/FA/CE/EM/PR PE/R/PA/RC/FA/CE/EM/PR + BF	25 (60')	TCC+BF y TCC mejoras significativas en la mayoría de medidas de (intensidad de dolor, calidad de vida, afrontamiento, medicación, frecuentación) TCC+BF y TCC fueron igualmente efectivas. TCC+B menor frecuentación en el seguimiento.
Williams et al. (2010)	118	1. TCC online 2. T. habitual	PE/R/SP/RC/PA/AC/EM	13 (variable)	TCC mejores resultados que T. habitual. TCC online reducción significativa del dolor y mejora del funcionamiento físico.
Liedl et al. (2011)	36	1. TCC+BF 2. TCC+BF+AF 3. Lista espera	PE/R /PA/RC /RA/IG + BF TCC+BF+EF (20'ejercicios)	10 (90')	TCC + BF + AF: tamaños de efecto más grandes y mayores tasas de mejoría clínica en el grupo. Ganancias mantenidas a los 3 meses de seguimiento.
Wetherell et al. (2011)	114	1. TCC 2. ACT	PE/R/RC/PA/SP BS/VA/M	8 (60')	ACT = TCC ACT mayor nivel satisfacción
Andersson et al. (2012)	21	1. TCC 2. Lista espera	PE/R/EM/PA/GS/RP/EC/A/PR	6 (120')	TCC apoyo preliminar para su uso con un enfoque en la relajación aplicada en grupos
Castel et al. (2012)	12	1. TCC+farma 2. TCC+farma+H 3. Farma	PE/EA/RC/A/PA/GS/EM/PR PE/EA/RC/A/PA/GS/EM/PR + H	14 (120')	TCC y TCC+H > Far. Dif. significativas en intensidad del dolor, catastrofización, angustia psicológica, FIQ, cantidad de sueño índice de sueño. TCC+H > TCC en angustia psicológica. Eficacia TCC multicomponente mejorados al incluir hipnosis

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Tabla 1 (continuación)

Estudio	N	Grupos tratamiento	Componentes TCC	Nº Sesiones (min/sesión)	Resultados
Nicholas et al. (2013)	141	1. TCC-A 2. AF+CA 3. Lista espera	PE/R/SP/RC/PR EF	8 (120´)	TCC-A > AF+CA y Lista de espera, pero AF+CA=Lista de espera. TCC-A mejoró significativamente las medidas de dolor, discapacidad y creencias disfuncionales sobre el dolor (tamaños del efecto moderados-grandes)
Kerns et al. (2014)	122	1. TCC estand 2. TCC adapt.	PE/R/AF/RC/PA/A TCC adapt.+ MO	10 (60´)	TCC adaptado para tomar en cuenta a las preferencias del usuario+ mejora de motivacional, no logró aumentar la participación por encima de la TCC estándar
Vallejo et al. (2015)	60	1. TCC online 2. TCC estándar 3. Lista espera	PE/R/EE/PA/GS/RC/PR/otros PE/R/EE/PA/GS/RC/PR/otros	10 (120´)	TCC online = TCC estándar. Ambas TCC útiles para reducir impacto de fibromialgia (angustia, depresión, catastrofismo), TCC estándar > en discapacidad. Ambas > Lista espera. Solo TCC online mantiene resultados en seguim. a 1 año
Karlsson et al. (2015)	48	1. TCC 2. Lista espera	RC/VA	20 (180´)	TCC > en depresión, control de vida, interferencia del dolor, angustia, apoyo social, distracción, agotamiento y estrés. Se mantienen a 1 año de seguimiento.
Davis et al. (2015)	144	1. TCC 2. Mindfulness 3. Educación	R/EA/AE/AC/PA/MD BS/M/Y	8 (120´)	TCC mejores resultados en control del dolor que Mindfulness y Educación. Mindfulness consigue mayores reducciones que TCC y E en catastrofización, incapacidad matutina, fatiga y ansiedad relacionado con el estrés diario.
Cosio (2016)	96	1. TCC 2. ACT			ACT no significativamente diferente a TCC en medidas de resultado estándar. Ambos grupos disminuyeron el afrontamiento centrado en la enfermedad, el catastrofismo y los niveles de angustia global a lo largo del tiempo
Ilgen et al. (2016)	129	1. TCC-Acp. 2. PE	PE/R/RC/FA/AC/PA + Acp. PE/AD	10 (60´)	TCC mejor funcionamiento, reduce dolor y consumo de alcohol a los 12 meses de seguimiento.
Turner et al. (2016)	342	1. TCC 2. MBRS 3. T. habitual	PE/R/IG/RC/GS/PR M/BS/Y	8 (120´)	TCC similar a MBSR en catastrofismo, autoeficacia, aceptación y atención. Ambas superiores a T. habitual en catastrofismo.
Archer et al. (2017)	86	1. TCC+AF 2. AF	PE/PA/SP/RC/R Educación psicoterapéutica	6 (30´)	TCC>AF; mejoras estadísticamente significativas a los 3 meses seguimiento en el temor al movimiento (tamaño del efecto moderado), autoeficacia del movimiento (tamaño del efecto elevado) y el dolor a lo largo del tiempo.
Ferwerda et al. (2017)	133	1 T. habitual 2 TCC online+ T. habitual	EF/TO PE/R/PA/RC/SP/EM/EC/PR	variable	TCC online añadido a T. habitual: Mayor Reducción de ánimo deprimido y negativo, ansiedad y problemas emocionales. Tamaño del efecto moderado-grande en funcionamiento psicológico. Los resultados se mantienen al año de seguimiento.

(1) Tratamientos: ACT: Terapia de aceptación y compromiso; Farma: farmacológico; TCC: terapia cognitivo-conductual; TCC-A: autoayuda; AF: actividad física; MBRS: Reducción de Estrés basado en Mindfulness.

(2) Componentes: A: asertividad; AC: activación conductual; Acp: aceptación; AE: afrontamiento estrés; AG: actividad graduada; BF: biofeedback; BS: body-scan; BT: biblioterapia; CA: control atención; CE: control estrés; D: distracción; DP: detención del pensamiento; EA: entrenamiento autógeno; EC: estrategias comunicación (hhss); EE: Entrenamiento emocional; EF: ejercicio físico; EM: establecimiento de metas; FA: Focalización atención; GS: gestión del sueño; H: hipnosis; HA: habilidades afrontamiento; IG: Imaginación guiada; M: Mindfulness/meditación/atención plena; MD: manejo dolor; MO: motivación; PA: planificación actividades; PE: psicoeducación; PR: prevención de recaídas; R: relajación; RA: respiración abdominal; RC: restructuración cognitiva; S: sugerencias; SP: solución de problemas; TO: terapia ocupacional; VA: valores; V: visualización; Y: yoga.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Eficacia de los tratamientos

En primer lugar, en cuanto a los estudios que comparan la eficacia de la TCC con grupos controles que se encontraban en lista de espera (Andersson et al., 2012; Glombiewski et al., 2010; Liedl et al., 2011; Nicholas et al., 2013; Vallejo et al., 2015), en esta revisión se encuentran resultados superiores para la TCC. Así, Andersson y colaboradores (2012), al comparar TCC con lista de espera, obtiene apoyo preliminar para el uso de TCC con un enfoque en la relajación aplicada en grupos, y Karlsson y colaboradores (2015), en un diseño similar, obtiene mejores resultados con TCC en depresión, control de vida, interferencia del dolor, angustia, apoyo social y respuestas de distracción, agotamiento y estrés, manteniéndose las ganancias tras 1 año de seguimiento. No obstante, no todas las intervenciones conductuales son superiores a la lista de espera. Por ejemplo, Nicholas y colaboradores (2013) encontraron que la condición Ejercicio físico junto a entrenamiento en control atencional no presentaba mejoras en medidas de dolor, discapacidad o variables cognitivas con respecto al grupo en lista de espera.

Suele ser habitual igualmente la comparación de la TCC con grupos controles que siguen el tratamiento habitual, normalmente farmacológico (Castel et al., 2009; Castel et al., 2012; Ferwerda et al. 2017; Martínez-Valero, 2008; Turner et al., 2016; Williams et al., 2010). En este caso, también se encuentra que la TCC produce mejorías superiores al tratamiento farmacológico en algunas dimensiones del dolor, funcionamiento físico, síntomas emocionales, variables cognitivas como la autoeficacia, y otras variables relacionadas con el gasto sanitario como el consumo de medicación (Castel et al., 2009; Martínez-Valero, 2008; Turner et al., 2016), y que cuando la TCC se aplica en combinación con el tratamiento farmacológico se potencia la eficacia de este último (Castel et al., 2012).

Williams y colaboradores (2010) comparan sin embargo la modalidad de aplicación de la TCC online con el tratamiento habitual farmacológico, encontrando también mejores resultados en la primera en intensidad del dolor y mejora del funcionamiento físico. Y en el caso de Ferwerda y colaboradores (2017) se estudia más bien lo que aporta la TCC online aplicada junto al tratamiento habitual, en comparación con el tratamiento habitual solo, encontrándose en el primer caso una mejoría en el funcionamiento psicológico.

Por otro lado, otros estudios se han dedicado a comparar la eficacia de la TCC, bien con otras modalidades de intervención frente a la TCC estándar (p.ej. TCC adaptada o TCC online), bien con otras terapias derivadas de la TCC (como ACT o Mindfulness), o bien con intervenciones específicas.

En cuanto a los estudios que comparan TCC estándar con TCC aplicada en otra modalidad distinta, destaca el uso del formato online. Vallejo y colaboradores (2015), al comparar TCC

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

online y TCC estándar con Lista de espera, encuentran ambas modalidades útiles para reducir impacto de la fibromialgia (angustia, depresión, catastrofismo), en la línea de lo encontrado por Ferwerda y colaboradores (2017), que obtienen resultados comparables del tratamiento online con el formato estándar cara a cara para reducir el ánimo deprimido y negativo, ansiedad y problemas emocionales. Williams y colaboradores (2010), al comparar la aplicación online únicamente con la lista de espera obtienen resultados también superiores en el primero, con reducciones significativas del dolor y mejora del funcionamiento físico.

Con respecto a los estudios que comparan la TCC con otras terapias derivadas de la TCC, como ACT o Mindfulness, los resultados son alentadores, encontrándose que en muchos casos son similares o incluso superiores en la mejoría de algunas áreas relacionadas con el dolor.

En cuanto a la ACT, Wetherell y colaboradores (2011) obtienen resultados que muestran que el tratamiento basado en la aceptación y compromiso es igual de efectivo que el basado en un enfoque cognitivo-conductual estándar, y añaden que los participantes informan de mayor nivel de satisfacción con el primero. En la misma línea, Cosio y colaboradores (2016) informan que los resultados obtenidos con ACT no difieren significativamente de los de la TCC en medidas de resultado estándar. Ambos grupos disminuyeron el afrontamiento centrado en la enfermedad, el catastrofismo y los niveles de angustia global a lo largo del tiempo.

En cuanto a los resultados obtenidos en los estudios comparativos de TCC y Mindfulness, no se pueden establecer conclusiones con respecto a la eficacia diferencial debido a que los resultados encontrados en los estudios analizados son variados. Zautra y colaboradores (2008), en un estudio comparativo de TCC frente a Mindfulness y Educación, encuentran que el Mindfulness es más efectivo para pacientes con depresión en autoeficacia, catastrofización y regulación emocional, mientras que la TCC sería más efectiva en este mismo grupo de pacientes que el Mindfulness para el control cognitivo. Basándose en los resultados del estudio anterior, Davis y colaboradores (2015) añaden que el Mindfulness mejora en mayor medida la incapacidad matutina, la fatiga y los niveles ansiedad relacionada con el estrés diario. No obstante, en un estudio posterior, Turner y colaboradores (2016) comparan MBRS con TCC y tratamiento habitual, y encuentran efectos similares de MBSR y TCC en catastrofismo, autoeficacia, aceptación y atención.

Por último, entre los trabajos revisados también hay autores que comparan la TCC con intervenciones específicas (que actuarían como control, por ser evidente la superioridad de los programas multicomponente), resultando de mayor relevancia aquellos que intentan valorar lo que aportan estas intervenciones específicas a los programas multicomponente (p.ej. hipnosis, biofeedback, aceptación, etc). En este caso, los diseños suelen ser bastante similares, comparando la eficacia de la TCC aplicada de forma aislada con la misma TCC combinada con alguna otra técnica.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En concreto, en cuanto a los estudios sobre la efectividad del Biofeedback, Glombiewski y colaboradores (2010), encuentran que la TCC sola y la TCC en combinación con BF son igualmente efectivas, y superiores a la lista de espera, en la mayoría de las medidas de resultado. Y Liedl y colaboradores (2011), que comparan TCC sola frente TCC en combinación con BF y Actividad Física, y a su vez estas dos condiciones con la lista de espera, encuentra tamaños de efecto más grandes y mayores tasas de mejoría clínica en el grupo que combina TCC con la utilización de BF y AF.

Los resultados de los estudios revisados sobre la eficacia de la hipnosis son similares a los encontrados con el uso del BF, pues se concluye que su inclusión en programas multicomponentes de TCC mejora la efectividad de éstos (Castel et al., 2009; Castel et al., 2012; Martínez-Valero et al., 2008), y que los resultados tanto de la TCC aplicada sola como en combinación con técnicas de hipnosis son superiores a los obtenidos con el tratamiento farmacológico habitual. En concreto, Castel y colaboradores (2012) encuentran diferencias significativas en intensidad del dolor, catastrofización, angustia psicológica, impacto funcional, cantidad de sueño e índice de sueño.

Con respecto a los estudios que comparan TCC con tratamientos fisioterapéuticos o basados en el ejercicio o actividad física, Smeets y colaboradores (2008), implementando una TCC limitada a técnicas de solución de problemas y actividades graduadas, encontraron que todos los tratamientos mostraron mejoría en nivel de discapacidad, aunque ninguno mostró una reducción clínicamente relevante del dolor o la depresión, ni produjo mejoras en tareas de rendimiento. En cambio, Archer y colaboradores (2017), con un TCC con una estructura más clásica, en el que aparte de los dos componentes utilizados en el estudio anterior se incluía psicoeducación, relajación y reestructuración cognitiva, encontraron que la TCC daba lugar a mejoras estadísticamente significativas a los 3 meses de seguimiento en el temor, autoeficacia relacionada con el movimiento y el dolor a lo largo del tiempo. Por otro lado, Nicholas y colaboradores (2013) compara un TCC en modalidad de autoayuda con un tratamiento basado en actividad física y con una lista de espera, encontrando que la primera mejoró significativamente las medidas de dolor, discapacidad y creencias disfuncionales sobre el dolor resultando más efectiva que el ejercicio físico y la lista de espera

CONCLUSIONES

El propósito de este trabajo fue realizar una revisión de ensayos clínicos aleatorizados publicados en los últimos diez años en relación a la eficacia del tratamiento psicológico en el abordaje del dolor crónico, de cara a realizar una síntesis de la evidencia disponible. En general, a partir de los resultados analizados, puede afirmarse que las intervenciones

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

psicológicas han mostrado una elevada efectividad en la mejora de la experiencia de dolor y de otras variables asociadas, como las consecuencias en el funcionamiento psicológico, variables cognitivas, discapacidad, o calidad de vida. Estos resultados, son compatibles con los encontrados anteriormente en la literatura. Así, Hoffman, Papas, Chatkoff y Kerns (2007), en un metaanálisis con 22 ECAs que evaluaban la eficacia de las intervenciones psicológicas para adultos con dolor lumbar crónico, encontraron tamaños del efecto moderados en la reducción de la intensidad del dolor y pequeños sobre la interferencia del dolor y la mejora de calidad de vida, además de efectos moderados para reducir la discapacidad laboral, en comparación con los controles activos, y efectos positivos de moderados a grandes en la intensidad del dolor para intervenciones psicológicas específicas descritas como TCC, mientras que se demostraron efectos grandes para los tratamientos descritos como auto-regulación y evidencia relativa de que la auto-regulación, biofeedback y relajación podrían superar a la TCC para aliviar la gravedad de los síntomas depresivos. Y Kamper y colaboradores (2015), en una revisión Cochrane de 41 ECAs que evaluaba los efectos a largo plazo de la rehabilitación biopsicosocial multidisciplinar en pacientes con dolor lumbar crónico, encontraron 16 ECAs que proporcionaron evidencia moderada y 19 evidencia baja de que la rehabilitación multidisciplinar disminuía el dolor y la discapacidad comparado con el tratamiento habitual y el tratamiento físico, respectivamente.

La tendencia actual va en la línea de desarrollar programas de tratamiento psicológico multimodal como abordaje dominante, incluyendo diferentes técnicas de la TCC, que en diferentes revisiones sistemáticas y metaanálisis encuentran efectos superiores en la reducción del dolor y en la mejora del bienestar emocional, en comparación con otros tratamientos no multimodales, siendo ambos abordajes superiores cuando se comparan con el tratamiento convencional o la lista de espera (Dixon, Keefe, Scipio, Perri y Abernathy, 2007; Hoffman et al., 2007; Scascighini, Toma, Dober-Spielmann y Sprott, 2008; Williams, Eccleston y Morley, 2012). En cuanto a qué componentes del tratamiento son los más efectivos, Scascighini y colaboradores (2008), tras una revisión sistemática, no encontraron evidencia de que las diferentes técnicas utilizadas o la estructura del tratamiento tuviesen una influencia significativa en los resultados, aunque sería necesaria más investigación a este respecto.

En relación a las diferentes modalidades de aplicación de la TCC, se ha apuntado que la diversificación del tratamiento puede ser de utilidad en estos pacientes. En concreto, la utilización de las nuevas tecnologías, como internet, en la aplicación de las intervenciones, puede facilitar que una mayor cantidad de personas se beneficien de éstas, favorecer la motivación, o pueden servir de apoyo en las intervenciones estándar (p.ej. creación de foros, grupos de apoyo, etc) (Lorig y cols., 2002). Además, de los resultados de los estudios analizados en este trabajo, se desprende que la modalidad online obtiene resultados

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

comparables con la TCC aplicada en formato estándar, cara a cara (Ferwerda et al., 2017; Vallejo et al., 2015; Williams et al., 2010), lo cual es coherente con otros estudios previos (Devineni y Blanchard, 2005; van Beugen et al., 2014).

Por otro lado, en cuanto a la comparación de la TCC con otros tratamientos, destacan los estudios realizados con terapias derivadas de ésta, como son las conocidas como "Terapias de Tercera Generación", que englobarían la ACT y el Mindfulness, y que según Vallejo (2005) probablemente contribuyen en la mejora del bienestar de los pacientes con dolor crónico y la reducción de su impacto al centrarse más en la aceptación como forma de afrontamiento, frente al empeño, frecuentemente inútil, de reducir el dolor y el malestar tratando de actuar directamente sobre él. En cuanto al Mindfulness, en esta revisión se analizaron tres trabajos que comparaban su efectividad con la TCC (Davis et al., 2015; Turner et al., 2016; Zautra et al., 2008), encontrando que tanto Mindfulness como TCC producían mejorías similares y superiores a las encontradas con el tratamiento habitual, aunque en algunos casos algunas dimensiones evaluadas se veían diferencialmente afectadas por los distintos tratamientos. Y con respecto a la ACT, los dos ensayos analizados en esta revisión llegan a conclusiones similares, informando que los resultados obtenidos con ACT no difieren significativamente con los encontrados con TCC (Cosio et al., 2016; Wetherell et al., 2011). Los resultados encontrados previamente en diferentes revisiones y estudios de meta-análisis llevados a cabo hasta la fecha han llegado a conclusiones similares, encontrando que las intervenciones con ACT y basadas en Mindfulness para el dolor crónico han mostrado ser eficaces cuando se comparan con grupos sin tratamiento (o tratamiento habitual), pero no parecen ser superiores a la terapia cognitivo conductual (Cherkin et al., 2016; Bawa et al., 2015; Gotink et al., 2015; Ost, 2014; Veehof et al., 2016; Vowles et al., 2015). Así, por ejemplo, Hughes y colaboradores (2017), en un meta-análisis con 11 ECAs, encontraron que la ACT producía mejoras en aceptación del dolor y flexibilidad psicológica, con tamaños del efecto de moderados a grandes, así como también en medidas de funcionamiento, ansiedad y depresión, en este caso con tamaños del efecto de pequeños a medianos, no siendo sin embargo significativos los efectos en intensidad de dolor y calidad de vida. Los tamaños del efecto fueron menores en el seguimiento. Y Veehof y colaboradores (2016), en un metaanálisis con 25 ECAs con un total de 1285 pacientes con dolor crónico, que comparaban intervenciones basadas en atención plena con la lista de espera, tratamiento habitual y grupos de educación o de apoyo, encontraron que los tamaños del efecto variaron desde pequeños (en todas las medidas de resultado excepto ansiedad e interferencia del dolor) a moderados (en ansiedad e interferencia del dolor) en el post-tratamiento, y desde pequeños (en la intensidad del dolor y discapacidad) a grandes (en la interferencia del dolor) en el seguimiento. ACT mostró efectos significativamente más altos en la depresión y la ansiedad que MBSR y TCC. Concluyeron que las intervenciones actuales basadas en la aceptación y la atención plena, aunque no son

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

superiores a los tratamientos cognitivo-conductuales tradicionales, pueden ser buenas alternativas.

En cuanto a los estudios revisados que incorporan la utilización de técnicas más específicas, como Biofeedback (Glombiewski et al., 2010; Liedl et al., 2011) e Hipnosis (Martínez-Valero et al., 2008; Castel et al., 2009; Castel et al., 2012), en la mayoría se concluye que la inclusión de estas técnicas en programas de TCC multicomponente mejora los resultados de éstos, siendo también los resultados superiores a los del tratamiento habitual y la lista de espera. Esta afirmación resulta compatible con lo encontrado en diversos meta-análisis y revisiones sistemáticas previas, en los que se concluye que el entrenamiento en biofeedback, usado de forma aislada o en combinación con otras técnicas (tanto psicológicas como fisiológicas), ha demostrado su eficacia en el tratamiento de diferentes condiciones de dolor como las migrañas o cefaleas tensionales (Nestoriuc y Martin, 2007; Nestoriuc, Rief y Martin, 2008), los trastornos temporomandibulares (Medlicott y Harris, 2006), la fibromialgia (Glombiewski, Bernardy y Häuser, 2013) o la lumbalgia crónica (Tan et al., 2015), reduciendo la intensidad del dolor y la interferencia asociado a éste. Por último, en varias revisiones y meta-análisis de estudios controlados aleatorizados sobre la Hipnosis (Adachi, Fujino, Nakae, Mashimo y Sasaki, 2014; Castel, Pérez, Sala, Padrol y Rull, 2007; Elkins, Jensen y Patterson, 2007; Montgomery et al., 2000; Patterson y Jensen, 2003) se ha encontrado que ésta tiene efectos de moderados a altos en la reducción de diferentes tipos de dolor, siendo sus efectos superiores al tratamiento farmacológico habitual, a la lista de espera, e incluso a otros tratamientos psicológicos, aunque en algunos casos se ha encontrado una eficacia comparable a la de la relajación o el entrenamiento autógeno. Según Castel y colaboradores (2007), este último hallazgo puede ser debido al contenido de las sugerencias utilizadas, pues cuando éstas se centran en contenidos de inducción de relajación, la eficacia de ambas técnicas en la reducción del dolor es similar, siendo mayor cuando se utilizan sugerencias de inducción de analgesia.

Con respecto a la relajación, en los ensayos analizados no se utilizó como técnica aislada en ninguno de los grupos de control, sino como un elemento de los programas multicomponente. No obstante, según algunos estudios el uso de la relajación en el tratamiento del dolor, de forma aislada, no aporta grandes beneficios, excepto en el caso de las cefaleas (Holroyd, 2002), siendo más frecuente y eficaz su utilización en combinación con otras técnicas o dentro de un programa multicomponente dirigido a dotar a la persona de diferentes habilidades de afrontamiento ante el dolor (Kwekkeboom y Gretarsdottir, 2006).

En relación a la comparación de TCC con tratamientos fisioterapéuticos o basados en el ejercicio o actividad física, Smeets y colaboradores (2008) encontraron que la actividad física podía reducir la discapacidad asociada a dolor, siendo los resultados similares a los de un grupo de tratamiento en los que también se incorporaban técnicas cognitivo conductuales

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

(Psicoeducación y Solución de problemas), pero en otro trabajo se encontró que los resultados de la actividad física no eran superiores a la lista de espera (Nicholas et al., 2013). En general, la evidencia disponible sugiere que la actividad física y el ejercicio pueden mejorar la severidad del dolor y la función física, y consecuentemente la calidad de vida (Geneen et al, 2017).

No obstante lo anterior, es difícil establecer conclusiones firmes sobre la efectividad de la TCC en el tratamiento del dolor crónico debido a la gran heterogeneidad de los estudios revisados. Así, se utilizan diseños dispares (p.ej. diferente número de grupos de comparación), varía ampliamente la estructura de los tratamientos utilizados (p.ej. en número y duración de las sesiones, técnicas utilizadas, etc) y se evalúan diferentes variables de resultados. En este sentido, diferentes especialistas promovieron hace más de una década la Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT), con el objetivo de poner en común actuaciones con respecto al estudio del dolor y mejorar la metodología de los ensayos clínicos (Turk et al., 2003).

Por otro lado, en muchos casos no se realizan estudios de seguimiento, para valorar si los resultados se mantienen a lo largo del tiempo.

Resulta también muy elevada la variabilidad de las muestras (p.ej. tipo de dolor: fibromialgia, lumbalgia, etc), con su evidente repercusión en la posibilidad de generalización de los resultados a otros grupos de pacientes. Además, no se consideran grupos específicos en función de variables psicológicas como la personalidad, u otras demográficas como el género, nivel educativo o nivel económico. No obstante, se sabe que algunas intervenciones pueden ser diferencialmente eficaces en función de estas variables. Por otro lado, en muchos casos ni tan siquiera se especifican ciertas características del grupo de estudio, lo que resulta muy relevante pues algunos autores han encontrado que determinados grupos, como aquellos con diagnóstico de fibromialgia o lumbalgia, se benefician más de las terapias TCC (Scascighini et al., 2008).

Con respecto a la calidad metodológica de los estudios, ha sido también frecuentemente criticada. Así, por ejemplo, no se hace una descripción detallada de los tratamientos utilizados y de los profesionales que los aplican (suele hablarse en general de profesionales sanitarios), de cara a posibilitar su replicación. En este sentido, Scascighini y colaboradores (2008) llegan a concluir tras su estudio que sería necesario establecer unos criterios estándar mínimos que deben reunir los programas multidisciplinares utilizados en dolor crónico, de cara a que haya una menor variabilidad que facilite la comparación de resultados, y también, para garantizar los mejores resultados posibles en el tratamiento. Pero llegar a este consenso resulta de gran complejidad, ya que cuando se trata de analizar la efectividad de las diferentes intervenciones multicomponentes, resulta difícil poder determinar cuánto contribuye cada técnica a la predicción de los resultados, requiriendo probablemente de diseños y análisis de datos más

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

complejos. Por otro lado, algunos autores consideran que la efectividad de los programas depende en muchos casos de la medida en que se ajusten a las características concretas de cada paciente, llegándose en algunas experiencias a permitir que sean los pacientes los que, en alguna medida, seleccionen los componentes de los tratamientos (Evers, Kraaimaat, van Riel y de Jong, 2002). Algunas experiencias recientes van en esa línea, como la de Kerns y colaboradores (2014), que intentaron estudiar si la adherencia a los tratamientos mejoraba con programas TCC adaptados, seleccionando los componentes de la TCC en función de las preferencias individuales de cada persona y motivándolas para su participación, pero los resultados en este sentido no fueron superiores con respecto a la TCC estándar.

En conclusión, tras la revisión de estudios realizados en los últimos diez años sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas en el abordaje del dolor crónico, se puede establecer que han mostrado una elevada efectividad, especialmente la TCC cuando se realiza en el contexto de un tratamiento multidisciplinar, y que existe un amplio reconocimiento de éstas como pilar fundamental en el manejo de dolor. No obstante, sería necesario resolver muchas de las limitaciones comentadas con respecto a los estudios, de cara a conseguir una mejor comprensión de los factores psicosociales implicados en la experiencia del dolor y su cronificación, y así poder seleccionar para cada paciente, con sus peculiares características, el tratamiento más eficaz.

Es probable que la progresiva inclusión de profesionales psicólogos en el tratamiento de personas con dolor, que aún es escasa, permita ir implantando en los sistemas sanitarios las técnicas psicológicas que se han considerado más eficaces, resultando aún muy necesario un importante esfuerzo de cara a su reconocimiento y difusión.

Este trabajo, no obstante, presenta algunas limitaciones. En primer lugar, no se trata de una revisión sistemática, y aunque la búsqueda realizada ha sido detallada y estructurada, y los estudios seleccionados han sido todos ECAs, es posible que se hayan producido algunos sesgos derivados de aspectos como la selección (p.ej. uso de criterios de búsqueda inadecuados o bases de datos insuficientes) o la no evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados por dos investigadores independientes. En segundo lugar, se han considerado principalmente los resultados cualitativos de los estudios, no los cuantitativos, por lo que no se han podido establecer conclusiones más específicas sobre la magnitud del efecto encontrada para las intervenciones psicológicas en dolor crónico. Por último, no se han podido establecer a partir de los datos conclusiones sobre los efectos específicos de técnicas de TCC concretas, ni se han abordado aspectos que ayuden en la comprensión de los mecanismos explicativos de los efectos de las intervenciones, ya que la literatura en torno a este tema es aún escasa.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

BIBLIOGRAFÍA

1. Adachi, T., Fujino, H., Nakae, A., Mashimo, T. y Sasaki J. (2014). A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a comparison between hypnosis, standard care, and other psychological interventions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62, 1-28. doi: 10.1080/00207144.2013.841471.
2. Almendro, M.T. Clariana, S.M., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B. y del Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 213-227. doi:10.4321/S0211-5735201100020000
3. Andersson, G., Johansson, C., Nordlander, A. y Asmundson, G.G. (2012). Chronic pain in older adults: A controlled pilot trial of brief cognitive-behavioural group treatment. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 40, 239-244. doi:10.1017/S1352465811000646
4. Archer, K. R., Devin, C. J., Vanston, S. W., Koyama, T., Phillips, S. E., George, S.Z, McGirt, M.J., Spengler, D.M., Aaronson, O.S., Cheng, J.S. y Wegener, S.T. (2017). Cognitive-Behavioral-Based Physical Therapy for Patients With Chronic Pain Undergoing Lumbar Spine Surgery: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Pain*, 17, 76-89. doi:10.1016/j.jpain.2015.09.013
5. Barutell, C. (2009). Unidades de dolor en España. Encuesta SED Día del Dolor 2007. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16, 421-428.
6. Bawa, F.L., Mercer, S.W., Atherton, R.J., Clague, F., Keen, A., Scott, N.W. y Bond, C.M. (2015). Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 65:e387-400. doi:10.3399/bjgp15X685297.
7. Boutevillain, L., Dupeyron, A., Rouch, C., Richard, E. y Coudeyre, E. (2017). Facilitators and barriers to physical activity in people with chronic low back pain: A qualitative study. *PLoS ONE*, 12 (7): e0179826. doi:10.1371/journal.pone.0179826
8. Bras, M., Dordević, V., Gregurek, R. y Bulajić, M. (2010). Neurobiological and clinical relationship between psychiatric disorders and chronic pain. *Psychiatria Danubina*, 22, 221-226.
9. Burton, A.K., Waddell, G., Tillotson, M. y Summerton, N. (2009). Information and advice to patients with back pain can have a positive effect: A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine*, 24, 2484-249.
10. Camacho-Soto, A., Sowa, G.A., Perera, S. y Weiner, D.K. (2012). Fear avoidance beliefs predict disability in older adults with chronic low back pain. *PM R Journal*, 4493-497. doi:10.1016/j.pmrj.2012.01.017.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

11. Castel, A., Cascón, R., Padrol, A., Sala, J. y Rull, M. (2012). Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: long-term outcome. *The Journal Of Pain*, 13, 255-265. doi:10.1016/j.jpain.2011.11.005
12. Castel, A., Pérez, M., Sala, J., Padrol, A. y Rull, M. (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal of Pain*, 11, 463-468. doi:10.1016/j.ejpain.2006.06.006
13. Castel, A., Salvat, M., Sala, J. y Rull, M. (2009). Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: A randomized pilot trial in fibromyalgia. *Contemporary Hypnosis*, 26, 48-59. doi:10.1002/ch.372
14. Cherkin, D.C., Sherman, K.J., Balderson, B.H., Cook, A.J., Anderson, M.L., Hawkes, R.J., Hansen, K.E. y Turner, J.A.. (2016). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 315, 1240-1249. doi: 10.1001/jama.2016.2323.
15. Chambless, D. L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., deRubeis, R., Detweiler, J., Haga, D.A., Johson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (1998). An update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
16. Chou, R., Turner, J.A., Devine, E.B., Hansen, R.N., Sullivan, S.D., Blazina, I., Dana, T., Bougatsos, C. y Deyo, R.A. (2015). The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention workshop. *Annals of Internal Medicine*, 162, 276-286. doi:10.7326/M14-2559
17. Cosio, D. (2016). Practice-based evidence for outpatient, Acceptance & Commitment Therapy for veterans with chronic, non-cancer pain. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5, 23-32. doi:10.1016/j.jcbs.2015.12.00222.
18. Davis, M. C., Zautra, A. J., Wolf, L. D., Tennen, H. y Yeung, E. W. (2015). Mindfulness and cognitive-behavioral interventions for chronic pain: differential effects on daily pain reactivity and stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 24-35. doi:10.1037/a0038200
19. Devineni, T. y Blanchard, E.B. (2005). A randomized controlled trial of an internet-based treatment for chronic headache. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 277-292.
20. Del Casale, A., Ferracuti, S., Rapinesi, C., Serata, D., Caltagirone, S.S., Savoia, V., Piacentino, D., Callovin, G., Manfredi, G., Sani, G., Kotzalidis, G.D. y Girardi, P. (2015). Pain perception and hypnosis: findings from recent functional neuroimaging studies. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63, 144-170. doi:10.1080/00207144.2015.1002371.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

21. DiNapoli, E.A., Craine, M., Dougherty, P., Gentili, A., Kochersberger, G., Morone, N.E., Murphy, J.L., Rodakowski, J., Rodríguez, E., Thielke, S. y Weiner, D.K. (2016). Deconstructing Chronic Low Back Pain in the Older Adult – Step by Step Evidence and Expert-Based Recommendations for Evaluation and Treatment. Part V: Maladaptive Coping. *Pain Medicine*, 17, 64–73. doi:10.1093/pm/pnv055
22. Dixon, K. E., Keefe, F. J., Scipio, C. D., Perri, L. M. y Abernethy, A. P. (2007). Psychological interventions for arthritis pain management in adults: A meta-analysis. *Health Psychology*, 26, 241–250. doi:10.1037/0278-6133.26.3.241
23. D´Zurilla, T.J. (1986). *Problem solving therapy*. Nueva York: Springer.
24. Elkins, G., Jensen, M.P. y Patterson, D.R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 275-287. doi:10.1080/00207140701338621
25. Engers, A., Jellema, P., Wensing, M., van der Windt, D.A., Grol, R. y van Tulder. M,W. (2008). Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Review*, 23, CD004057. doi:10.1002/14651858.CD004057.pub3.
26. Evers, A.W., Kraaimaat, F.W., van Riel, P.L. y de Jong, A.J. (2002). Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trial. *Pain*, 100, 141-153.
27. Ferwerda, M., van Beugen, S., van Middendorp, H., Spillekom-van Koulil, S., Donders, A.R., Visser, H., Taal, E., Creemers, M.C., van Riel, P.C. y Evers, A.W. (2017). A tailored-guided internet-based cognitive-behavioral intervention for patients with rheumatoid arthritis as an adjunct to standard rheumatological care: results of a randomized controlled trial. *Pain*, 158, 868-878. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000845.
28. Fordyce, W.E. (1978). Learning processes in pain. En R.A. Sternback (Ed.), *The psychology of pain* (pp.49-72). Nueva York: Raven Press.
29. Geneen, L.J., Moore, R., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L.A. y Smith, B.H. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. CD011279. doi:10.1002/14651858.CD011279.pub3
30. Glombiewski, J.A., Bernardy, K. y Häuser, W. (2013). Efficacy of EMG- and EEG-biofeedback in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis and a systematic review of randomized controlled trials. *Evidence-Based Complementary Alternative Medicine*, 2013: 962741. doi:10.1155/2013/962741
31. Glombiewski, J. A., Hartwich-Tersek, J. y Rief, W. (2010). Two psychological interventions are effective in severely disabled, chronic back pain patients: a randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17, 97-107. doi:10.1007/s12529-009-9070-4
32. González-Ordi, H. (2005). El empleo de las técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: implicaciones para la psicooncología. *Psicooncología*, 2, 117-130.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

33. Gotink, R.A., Chu, P., Busschbach, J.J., Benson, H., Fricchione, G.L. y Hunink, M.G. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One*, 10:e0124344. doi: 10.1371/journal.pone.0124344.
34. Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K. y Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, 26, 1-9. doi:10.1037/0278-6133.26.1.1
35. Holroyd, D. A. (2002). Assessment and psychological management of recurrent headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 656-677. doi: 10.1037//0022-006X.70.3.656
36. Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E. y McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain: A systematic review and meta-analyses. *The Clinical Journal Of Pain*, 33, 552-568. doi:10.1097/AJP.0000000000000425
37. Ilgen, M.A., Bohnert, A.B., Chermack, S., Conran, C., Jannausch, M., Trafton, J. y Blow, F.C. (2016). A randomized trial of a pain management intervention for adults receiving substance use disorder treatment. *Addiction*, 111, 1385-1393. doi:10.1111/add.13349
38. Jamison, R.N. (2011). Nonspecific treatment effects in pain medicine. *Pain: Clinical Updates*, 19, 1-7.
39. Johnson, M.I., Elzahaf, R.A. y Tashani, O.A. (2013). The prevalence of chronic pain in developing countries. *Pain Management*, 3, 83-86.
40. Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
41. Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. M., Ostelo, R. G., Guzman, J. y van Tulder, M.W. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 350h444. doi:10.1136/bmj.h444
42. Karlsson, G.B., Ulla-Maria, A., Kurt, S. (2015). Cognitive behaviour therapy in women with fibromyalgia: A randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Pain*, 9, 11-21.
43. Keefe, F.J., Shelby, R.A., Somers, T.J., Varia, I., Blazing, M., Waters, S.J., McKee, D., Silva, S., She, L., Blumenthal, J.A., O`Connor, J., Knowles, Johnson, P. y Bradley, L. (2011). Effects of coping skills training and sertraline in patients with non-cardiac chest pain: a randomized-controlled study. *Pain*, 152, 730-741. doi:10.1016/j.pain.2010.08.040
44. Kerns, R. D., Burns, J. W., Shulman, M., Jensen, M. P., Nielson, W. R., Czapinski, R., Dallas, M., Chatkoff, D.K., Sellinger, J., Heapy, A. y Rosenberger, P. (2014). Can we improve cognitive-behavioral Therapy for chronic back pain treatment engagement and

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- adherence? A controlled trial of tailored versus standard therapy. *Health Psychology*, 33, 938-947. doi:10.1037/a0034406
45. Kerns, R.D., Sellinger, J. y Goodin, B.R. (2011). Psychological treatment of chronic pain. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 411-434. doi:10.1146/annurevclinpsy-090310-120430.
46. Kwekkeboom, K. L., y Gretarsdottir, E. (2006). Systematic review of relaxation interventions for pain. *Journal of Nursing Scholarship*, 38, 269- 277. doi: 10.1111/j.1547-5069.2006.00113.x
47. Langley, P.C., Ruiz-Iban, M.A., Tornero, J., De Andrés, J. y González-Escalada, J.R. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14, 367-380. doi:10.3111/13696998.2011.583303
48. Liedl, A., Müller, J., Morina, N., Karl, A., Denke, C. y Knaevelsrud, C. (2011). Physical activity within a CBT intervention improves coping with pain in traumatized refugees: results of a randomized controlled design. *Pain Medicine*, 12, 234-245. doi:10.1111/j.1526-4637.2010.01040.x
49. Lorig, K.R., Laurent, D.D., Deyo, R.A., Marnell, M.E., Minor, M.A. y Ritter, P.L. (2002). Can a back pain e-mail discussion group improve health status and lower health care cost? *Archives of Internal Medicine*, 162, 792-796.
50. Martínez-Valero, C., Castel, A., Capafons, A., Sala, J., Espejo, B. y Cardeña, E. (2008). Hypnotic treatment synergizes the psychological treatment of fibromyalgia: A single pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50, 311-321. doi:10.1080/00029157.2008.10404298
51. Matire, L.M., Schulz, R., Keefe, F.J., Rudy, T.E. y Starz, T.W. (2008). Couple-oriented education and support intervention for osteoarthritis: effects on spouses' support and responses to patient pain. *Families, Systems and Health*, 26, 185-195.
52. McCracken, L.M. y Vowles, K.E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *American Psychologist*, 69, 178-187. doi:10.1037/a0035623.
53. Medlicott, M. S. y Harris, S. R. (2006). A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training, and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. *Physical Therapy*, 86, 955-973. doi:10.1093/ptj/86.7.955
54. Melzack, R. y Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979. doi:10.1126/science.150.3699.971
55. Melzack, R. y Wall, P. (1983). *The challenge of pain*. New York. Basic Books.
56. Mendoza, M.E. y Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del psicólogo*, 30, 98-116.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

57. Moix, J. y Kovacs, F.M. (2009). Manual de dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico. Barcelona: Paidós.
58. Montgomery, G. H., DuHamel, K. N. y Redd, W. H. (2000). Meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153. doi:10.1080/00207140008410045
59. Muñoz, D. y Feixas, G. (2006). La hipnosis en el tratamiento del dolor crónico. *Revista de psicoterapia*, 17, 125-130.
60. Nestoriuc, Y. y Martin A. (2007). Efficacy of biofeedback for migraine: a meta-analysis. *Pain*, 128, 111-127. doi:10.1016/j.pain.2006.09.007.
61. Nestoriuc, Y., Rief, W. y Martin, A. (2008). Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 379-396. doi:10.1037/0022-006X.76.3.379.
62. Nicholas, M. K., Asghari, A., Blyth, F. M., Wood, B.M., Murray, R., McCabe, R., Brnabic, A., Beesto, L., Corbett, M., Sherrington, C. y Overton S. (2013). Self-management intervention for chronic pain in older adults: a randomised controlled trial. *Pain*, 154, 824-835. doi: 10.1016/j.pain.2013.02.009
63. Ost, L.G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-21. doi:10.1016/j.brat.2014.07.018.
64. Palanca, I. (Dir.), Puig-Riera, M.M. (Coord. Cient.), Elola, J. (Dir.), Bernal, J.L. (Comit. Redac.), Paniagua, J.L. (Comit. Redac.), Grupo de Expertos (2011). Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
65. Patterson, D. R. y Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495-521. doi:10.1037/0033-2909.129.4.495
66. Reid, K.J., Harker, J., Bala, M.M., Truysers, C., Kellen, E., Bekkering, G.E., y Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27, 449-462. doi:10.1185/03007995.2010.545813.
67. Rodríguez, L., Cano, F.J. y Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento en dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 82-91.
68. Scascighini, L., Toma, V., Dober-Spielmann, S. y Sprott, H. (2008). Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology*, 47, 670-678. doi:10.1093/rheumatology/ken021.
69. Shaheed, C.A, Maher, C. G., Williams, K. A., Day, R. y McLachlan, A. J. (2016). Efficacy, Tolerability, and Dose-Dependent Effects of Opioid Analgesics for Low Back Pain: A

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 176, 958-968. doi:10.1001/jamainternmed.2016.1251
70. Schoenen, J. y Wang, W. (1977). Tension-type headache. En P.J. Goadsby y S.D. Silberstein (eds.). *Headache* (pp. 177-200). Boston: Butterworth-Heinemann.
71. Schoenen, J. (1996). Abnormal cortical information processing between migraine attacks. En M. Sandler, M. Ferrari y S. Harnet (eds.). *Migraine: pharmacology and genetics* (pp. 233-253). Londres: Chapman and Hall.
72. Smeets, R., Vlaeyen, J., Hidding, A., Kester, A., van der Heijden, G. y Knottnerus, J. (2008). Chronic low back pain: physical training, graded activity with problem solving training, or both? The one-year post-treatment results of a randomized controlled trial. *Pain*, 134, 263-276.
73. Somers, T.J., Blumenthal, J.A., Guilak, F., Kraus, V.B., Schmitt, D.O., Babyak, M.A., Craighead, L.W., Caldwell, D.S., Rice, J.R., McKee, D.C., Shelby, R.A., Campbell, L.C., Pells, J.J., Sims, E.L., Queen, R., Carson, J.W., Connelly, M., Dixon, K.E., Lacaille, L.J., Huebner, J.L., Rejeski, W.J. y Keefe, F.J. (2012). Coping skills training and lifestyle behavioral weight management in patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled study. *Pain*, 153, 1199-1209. doi:10.1016/j.pain.2012.02.023
74. Stiefel, F y Stagno, D (2004). Management of insomnia in patients with chronic pain conditions. *CNS Drugs*, 18, 285-296.
75. Tan, G., Rintala, D.H., Jensen, M.P., Fukui, T., Smith, D. y Williams, W. (2015). A randomized controlled trial of hypnosis compared with biofeedback for adults with chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 19, 271-280. doi:10.1002/ejp.545.
76. Truyols, M.M., Pérez, J., Medinas, M.M., Palmer, A. y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19, 295-320.
77. Turk, D.C., Dworkin, R.H., Allen, R.R., Bellamy, N., Brandenburg, N., Carr, D.B., Cleeland, C., Dionne, R., Farrar, J.T., Galer, B.S., Hewitt, D.J., Jadad, A.R., Katz, N.P., Kramer, L.D., Manning, D.C., McCormick, C.G., McDermott, M.P., McGrath, P., Quessy, S., Rappaport, B.A., Robinson, J.P., Royal, M.A., Simon, L., Stauffer, J.W., Stein, W., Tollett, J. y Witter, J. (2003). Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 106, 337-45. doi: 10.1016/j.pain.2003.08.001
78. Turner, J. A., Anderson, M. L., Balderson, B. H., Cook, A. J., Sherman, K. J. y Cherkin, D. C. (2016). Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: Similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain*, 157, 2434-2444. doi:10.1097/j.pain.0000000000000635

AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

79. Vallejo, M.A., Ortega, J., Rivera, J., Comeche, M.I. y Vallejo-Slocker, L. (2015). Internet versus face-to-face group cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: A randomized control trial. *Journal Of Psychiatric Research*, 68, 106-113. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.06.006
80. Van Beugen, S., Ferwerda, M., Hoeve, D., Rovers, M.M., Spillekom-van Koulil, S., van Middendorp, H. y Evers, A.W. (2014). Internet-based cognitive behavioral therapy for patients with chronic somatic conditions: a meta-analytic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16, e88. doi: 10.2196/jmir.2777.
81. Van Tulder, M.W., Ostelo, R., Vlaeyen, J.W., Linton, S.J., Morley, S.J. y Assendelft, W.J.J. (2000). Behavioral treatment for chronic low back pain: A systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine Journal*, 25, 2688-2699. doi: 10.1097/00007632-200010150-00024
82. Veehof, M.M., Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T. y Schreurs, K.M. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45, 5-31. doi:10.1080/16506073.2015.1098724.
83. Vowles, K.E., McEntee, M.L., Julnes, P.S., Frohe, T., Ney, J.P. y van der Goes, D.N. (2015). Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain* 156, 569-576. doi:10.1097/01.j.pain.0000460357.01998.f1.
84. Welch, K.M. y Ramadan, N. (1995). Mitochondria, magnesium, and migraine. *Journal of Neurological Sciences*, 134, 9-14.
85. Wertli, M.M., Eugster, R., Held, U., Steurer, J., Kofmehl, R. y Weiser, S. (2014). Catastrophizing- a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review. *Spine Journal*, 14, 2639-2657. doi:10.1016/j.spinee.2014.03.003.
86. Wertli, M.M., Rasmussen-Barr, E., Held, U., Weiser, S., Bachmann, L.M. y Brunner, F. (2014). Fear-avoidance beliefs- a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *Spine Journal*, 14, 2658-2678 doi:10.1016/j.spinee.2014.02.033
87. Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Solomon, B.C., Lehman, D.H., Liu, L., Lang, A.J. y Atkinson, H.J. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107. doi: 10.1016/j.pain.2011.05.016
88. Williams, A.C., Eccleston, C. y Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *The Cochrane Database Systematic Reviews*, 11, CD007407. doi:10.1002/1465185.
89. Williams, D. A., Kuper, D., Segar, M., Mohan, N., Sheth, M. y Clauw, D. J. (2010). Internet-enhanced management of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Pain*, 151, 694-702. doi: 10.1016/j.pain.2010.08.034

**AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO:
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

90. Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide, 2002.
91. Zautra, A.J., Davis, M.C., Reich, J.W., Nicassario, P., Tennen, H., Finan, P., Kratz, A., Parrish, B. y Irwin, M. R. (2008). Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 76, 408-421. doi:10.1037/0022-006X.76.3.408